Der primaere Scheidenkrebs.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Geheimrat, Professor

DR. J. N. RITTER VON NUSSBAUM

kgl. bayer. Generalstabsarzt à l. s. etc. etc.

der

hohen medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Eduard Neumüller,

approb. Arzt.

München 1883.

Kgl. Hof- & Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Der primaere Scheidenkrebs.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Geheimrat, Professor

Dr. J. N. Ritter von Nussbaum

kgl. bayer. Generalstabsarzt à l. s. etc. etc.

der

hohen medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Eduard Neumüller,

approb. Arzt.

München 1883.

Kgl. Hof- & Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Seinem werthen Freunde

und Gönner

HERRN DR. KARL VIERLING.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554602_0174

Von den verschiedenartigen Neubildungen, welche an den einzelnen Organen auftreten, gewinnen vor Allen diejenigen an Bedeutung, welche entweder durch ihr häufiges Vorkommen, oder durch ihren Sitz an lebenswichtigen Organen sich auszeichnen, oder ihre Bedeutung wird durch die mehr weniger erfolgreiche Therapie, welche gegen sie anwendbar ist, bestimmt.

Zu den in diesen 3 Punkten gleich wichtigen Neubildungen zählt wohl in erster Linie das Carcinom; doch kommt beim Carcinom die Lokalisation nur in soferne in Betracht, als sich diese Neubildungen auf die einzelnen Organe des Körpers in höchst ungleichartiger Weise vertheilt, an allen Organen aber, die sie befällt, von gleicher Malignität ist.

Wie häufig Carcinom zur Beobachtung gelangt, geht aus einer Angabe Gusserow's hervor, wornach vom Jahre 1848—1860 in England 74,794 Personen an Krebs gestorben sein sollen, darunter 52641 Weiber.

Gegenüber den häufigen Formen von Uterus-mama- und Magencarcinom etc. gehört wohl zu den seltensten Formen das primäre Auftreten eines Carcinoms in der Scheide.

Es ist statistisch erwiesen, dass fast Zweidrittel aller Krebskranken auf das weibliche Geschlecht treffen, was offenbar nur aus dem häufigen Befunde von Krebs an den weiblichen Genitalien seine Erklärung findet.

Um so auffallender ist es, dass gerade ein Hauptabschnitt des weiblichen Genitalapparates so wenig zu Carcinomwucherung und zu primärer Bildung von malignen

Neubildungen überhaupt disponirt ist. Denn wenn auch schon über 40 Fälle beschrieben wurden, so ist dieses doch immerhin eine verschwindend kleine Zahl gegenüber dem leider so häufigen Carcinom der Portio vaginalis.

Allerdings macht Küstner*) darauf aufmerksam, dass der primäre Scheidenkrebs vielleicht oft nur zu spät zur Beobachtung gelangt, wenn schon die Nachbarorgane namentlich der Uterus ergriffen sind, und dann als secundäre Form angesehen wird.

Doch erwähnen selbst die vielbeschäftigsten Gynäkologen nur ein oder zwei Fälle gesehen zu haben.

Mit Sicherheit konnte die primäre Affection der Scheide constatirt werden bei einem Fall, der vor einiger Zeit an der hiesigen gynäkologischen Poliklinik des Hrn. Professor Dr. Amann zur Beobachtung gelangte.

Der Krankenbericht hierüber ist folgender:

B. V., Dienstmagd 40 Jahre alt.

I. Partus.

Menses traten zum ersten Male im 16. Lebensjahre auf und verliefen immer in regelmässigem Typus.

Seit August 1882 stellten sich unregelmässige oft sehr profuse Blutungen aus den Genitalien ein und allmälig traten stechende Schmerzen im Abdomen und in der Kreuzbeingegend auf, dabei übelriechender blutig seröser Ausfluss im geringen Grade.

Die manuelle Exploration (16. XI. 82.) sowie die Anwendung verschiedener Scheidenspiegel ergab folgendes:

An der oberen linken Häfte des Scheidenkanals sowie des linken Scheidengewölbes bis zu einer Entfernung von 2—3 cm. von der Vaginalportion wurden zwischen 20 und 25 warzenförmige Excrescenzen in Form und Grösse den breiten Condylomen ähnlich wahrgenommen, welche grösstentheils discret in einem Zwischenraume von 2—3 cm. in der Schleimhaut sassen und nur an einigen Stellen in einer Zahl von 2—3 aneinandersitzend gefunden wurden. Die

*) Archiv f. Gynäkologie, IX. 279.

Farbe dieser Gebilde, welche bei Druck oder Zerrung weder Blutung noch Schmerz verursachten, war von jener der chronisch entzündeten Scheide wohl kaum verschieden. Cervix et corpus uteri befanden sich im Zustande chronischer Metritis und Endometritis, sind aber sonst nicht verändert und war besonders die Vaginalportion vollkommen intact.

Die Diagnose wurde auf Carcinom gestellt. Operation am 18. November 1882.

Die Abtragung dieser Gebilde mit Scheere und scharfen Löffel im Scheidenkanal gelang leicht, am Scheidengewölbe indess sehr schwer und mussten die hier sitzenden Partien vorzugsweise mit dem Thermocautère zerstört werden.

Nach der Operation Tamponade mit Jodoformgaze.

Die ausgekratzten und exstirpirten Massen zeigten schon makroskopisch das speckig glänzende Ansehen eines Carcinoms.

Die von Herrn Professor Dr. Bollinger vorgenommene mikroskopische Untersuchung fraglicher Neubildung zeigte dieselbe fast ausschliesslich aus unregelmässig grossen Pflasterzellen bestehend, welche vielfach in charakteristischen Zapfen und Nesterformen angeordnet sind. In Zupfpräparaten ausserdem grössere längliche kernlose Epithelien offenbar von den obersten Schichten der Neubildung stammend.

Patholog-anatomische Diagnose: Primärer Pflasterepithelkrebs der Vagina.

Patientin wurde nach 8 Tagen in sehr gebessertem Zustande entlassen.

Am 26. Januar 1883 kam Patientin abermals in die Poliklinik.

Es fanden sich so ziemlich wieder die gleichen Verhältnisse wie vor der ersten Operation, nur waren die Excrescenzen nicht so stark entwickelt.

Eine Zunahme derselben an Grösse und Zahl konnte nicht gefunden werden. Auch liess der übrige Theil der Vagina eine Weiterverbreitung der Neubildung nicht constatiren. Uterus und namentlich Halstheil derselben waren unverändert geblieben. Was indess auffiel war die ver-

mehrte seröse und mehr übelriechende Absonderung aus der Scheide, sowie die wesentliche Verschlimmerung des Gesammtbefindens.

Die zweite Operation wurde in gleicher Weise wie die erste ausgeführt und bei derselben wo möglich die Exstirpation der Gebilde sowie die Cauterisation des Bodens derselben und dessen Umgebung noch gründlicher ausgeführt.

Jodoformtampon.

Patientin wurde darauf wieder entlassen mit der Weisung, sich täglich eine Injection mit Carbolwasser zu machen, wegen des fortgesetzten übelriechenden Ausflusses.

Prognose letal, da eine vollständige Entfernung, zugleich mit dem Boden auf welchem die Neubildung sich entwickelte nicht möglich war. Der rasche Verfall des Allgemeinen Befindens der Patientin lässt den baldigen letalen Ausgang erwarten.

Die übrigen bisher beschriebenen Fälle sind so ziemlich alle zusammengestellt in den Berichten von Küstner (l. c.) West*) und Bruckner.**)

Küstner berichtet über 24 Fälle, wovon er selbst nur einen beobachtete, den anderen aus Mittheilungen des Herrn Prof. Ohlhausen entnahm.

Die Berichte über diese beiden letzteren Fälle sind in Kürze folgende:

I. Frau B., 24 Jahre alt immer gesund. Menses regelmässiger Typus seit dem 19. Jahre. Patientin abortirte 3 mal. Während der 3. Gravidität starker Fluor. Seit der 3. Entbindung continuirlich Blutverlust, selten blutig serös.

Seit Mai 1872 datirt die 4. Gravidität. Auch während dieser geht sie ununterbrochen im Blute. Schmerzen erst einige Wochen bei Stuhlgang und Cohabitation.

Fast die ganze Scheidenschleimhaut ist mit einer grossen Menge von Höckern und Wülsten bedeckt. Nur eine kleine Stelle am Introitus intact. ebenso Portio vaginalis. Nur an

*) West, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1870.

**) Zeitschrift für Gynäkologie VI. 110.

der rechten hinteren Aussenseite beginnende Zerklüftung und Uebergreifen der Neubildung auf den Uterus.

Operation mit dem scharfen Löffel, Carbolinjection.

Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Nach wenigen Tagen Tod durch Septicopyaemie.

II. Frau B. 32 Jahre alt hat 4 mal geboren, das letzte Mal vor $2^1/_2$ Jahren. Seit Mitte Dezember 1860 blieben die Menses aus, die bis dahin regelmässig waren. Doch hatte Patientin noch vor 6 Wochen einen anderthalbtägigen Blutverlust. Seitdem besteht etwas Fluor bisweilen blutig.

Sie klagt besonders über viel Schmerzen im Unterleib, Drängen nach abwärts, Urinverhaltung. Stuhlgang erfolgt selten mitunter 8 Tage lang nicht und mit Schmerzen.

Befund am 5. Mai 1864.

Patientin ist mager, hat leidenden Gesichtsausdruck, Gesichtsfarbe ist nicht kachectisch. Im Leibe ein rundlicher Tumor aus dem kleinen Becken bis zur halben Nabelhöhe aufsteigend — der etwa im 4. Monat schwangere Uterus — davor die gefüllte Harnblase.

Die hintere Scheidewand nimmt eine kleine zerklüftete Geschwulst ein, die etwa bis 2 cm. oberhalb des Introitus herabreicht. Das hintere Scheidengewölbe ist ebenfalls von der Neubildung ergriffen; auch greift dieselbe auf die Portio vaginalis über, doch ist sie hier nicht stark gewuchert. Aeusserer Muttermund und Cervicalcanal ist vollständig frei und glatt anzufühlen; vordere Muttermundslippe ist fast ganz verstrichen und vollständig intact, wie die ganze vordere Scheidenwand.

Der Tumor der hinteren Scheidenwand zeigt eine Menge tiefer Spalten in deren einzelne der Finger einen Zoll und tiefer eindringt, so dass der Verdacht, es läge eine Rectovaginalfistel vor erst durch die Exploratio recti gehoben werden musste.

Am 29. Juni zeigte sich Frau B. wieder. Am 5. desselben Monats war sie von einem todten Kinde — angeblich von sieben Monaten entbunden worden. — Sie ist enorm

collabirt schleppt sich gestützt mühsam fort, hat viele Schmerzen, nicht einen Moment Schlaf.

Im Leibe ist kein Tumor mehr fühlbar, der Tumor vaginae nimmt jetzt die ganze Scheidenwand fast bis an den Introitus ein. Das ganze Scheidengewölbe ist völlig durchwuchert, an demselben ist keine Portio vaginalis zu finden. Erstere ist also in der Neubildung mit aufgegangen. Nur an der vorderen rechten Scheidenwand finden sich einige Quadratzoll gesunder Schleimhaut.

Weitere Beobachtungen fehlen.

Was den Sitz und die Art der Ausbreitung dieser Neubildung anbelangt so lässt sich aus den bisherigen Beobachtungen folgendes ermitteln.

Die ersten Anfänge des Scheidencarcinoms scheinen zumeist von der hinteren Scheidenwand auszugehen.

In den von Küstner beschriebenen Fällen befand sich an der hinteren Wand die Neubildung — es sind hiezu auch die Fälle gerechnet, wo an der vorderen Wand eine wenn auch nur schmale, immerhin aber doch vom Laquear bis zum Introitus continuirlich verlaufende Schleimbrücke bestand. — 9 mal, rechts hinten 1 mal, an der vorderen Wand 2 mal an der rechten Wand 2 mal an beiden seitlichen 1 mal.

Während in den Fällen von West der Tumor 6 mal an der hinteren, 1 mal an der vorderen Wand und 11 mal ringförmig auftrat, wobei bei den letzteren wohl auch bei den meisten der Beginn in der hinteren Wand anzunehmen ist.

Auch das Uebergreifen der Wucherung auf den Uterus welches in den meisten ausgedehnteren Fällen zu beobachten ist, erfolgt gewöhnlich vom hinteren Scheidengewölbe aus auf die Aussenfläche der hinteren Muttermundslippe, indem durch Scheuern der hinteren Muttermundslippe — wie Schröder es bezeichnet — eine örtliche Infection stattfindet.

Der leider so häufige Krebs der Portio vaginalis hingegen befällt bei seinem ebenfalls nicht seltenen Uebergreifen auf die Scheide gewöhnlich zuerst das vordere Scheidengewölbe.

Wie häufig secundär der Uterus noch ergriffen wird,

geht daraus hervor, dass in den 22 Fällen von Küstner 5 mal, in den 19 von West 11 mal die Portio bereits afficirt war, während in 2 Fällen von letzteren die Portio vaginalis überhaupt nicht mehr zu erreichen war.

Es ist daher nicht unmöglich, dass unter den genannten 13 Erkrankungen einige sind, bei denen die Scheide vielleicht erst secundär ergriffen war, so dass, wollten wir nur alle mit Sicherheit constatirten Fälle von primärer Affection der Scheide einrechnen, diese als eine noch viel seltenere Erkrankung erscheinen würde.

„Der Vaginalkrebs, sagt Scanzoni*), mag er primär oder secundär aufgetreten sein, gehört gewöhnlich der medullaren Varietät an und erscheint als eine weit verbreitete Infiltration. Die seltener vorkommende fibröse Form zeigt sich gewöhnlich in Gestalt haselnuss- bis taubeneiergrosser harter, auf verschiedenen Punkten aufsitzender Knollen und Höcker. Wir haben sie bis jetzt nur in Begleitung krebsiger Erkrankung anderer Organe, namentlich der Mama der Leber und des Paritoneums beobachtet, doch soll sie nach Angabe mehrerer Aerzte auch ganz unabhängig von solchen Erkrankungen und gegentheilig werden in Combination mit Medullarkrebs des Uterus vorkommen."

Damit stimmen auch die Beobachtungen West's überein. Von den 13 Fällen, welche er in einer früheren Auflage seines Lehrbuches beschreibt, waren 10 Medullarkrebs und 2 Epithelkrebs. West unterscheidet diese beiden Haltungen noch in Bezug auf ihren Sitz und ihre Entstehungsart und Ausbreitung, indem nämlich der Medullarkrebs immer mehr als diffuse Infiltration und fast ausschliesslich an der hintern Scheidenwand beginnend auftritt, und eine grössere Verbreitung erlangt, während der Epithelkrebs mehr circumscript entsteht, bei vollkommenen Intactsein des umgebenden Gewebes und West knüpft daran auch eine practische Bemerkung, dass die Prognose der letzteren Form bedeutend günstiger sei als die der ersteren.

---

*) Scanzoni, Krankh. der weibl. Sex.

Im Gegensatz zu allen anderen kommt Klebs gerade zum gegentheiligen Schluss, indem er sagt:

„Das primäre Carcinom der Vagina bildet gewöhnlich blumenkohl- oder doldenförmige an der Oberfläche feiner oder gröber gelappte halbkugelige, auf breiter Basis aufsitzende Geschwülste..... Am seltensten sind die Fälle, in denen sich eine carcinöse Infiltration über den ganzen Scheidenkanal ausbreitet, diffuses Carcinom."

In den 29 Fällen, welche von Küstner und Bruchner zusammengestellt sind, wozu noch der von mir angeführte Fall kommt, vertheilen sich die Erkrankungen auf folgende Jahre.

Zwischen	15	und	20	Jahren	2
„	21	„	30	„	4
„	31	„	40	„	12
„	41	„	50	„	4
„	51	„	60	„	6
„	61	„	70	„	1

Es fallen also die meisten Erkrankungen zwischen das 31. und 60. Jebensjahr. Nach West zwischen das 35. und 66. Jahr.

In dieser Beziehung zeigt also der Vaginalkrebs ein ähnliches Verhalten, wie der Gebärmutterkrebs, nur dass bei diesem ein Auftreten vor dem 20. Lebensjahr noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist.

Das hohe Alter kann demnach wohl, wie bei allen Formen von Carcinom als disponirendes Moment angesehen werden.

Eine Hauptursache für die Entstehung des Vaginalkrebses sucht West in häufig aufeinander folgenden Geburten, indem von den 13 Kranken nur eine unverheirathet war, während die übrigen zwölf 71mal schwanger gewesen waren und 64 Kinder geboren hatten, sodass auf jede Frau 6 Schwangerschaften und 5,4 ausgetragene Kinder kommen.

Küstner hingegen leugnet den Einfluss der häufigen Entbindungen auf das Zustandekommen des selbstständigen

Vaginalcarcinoms, und führt zum Beweise seine statistischen Erhebungen an.

„Von 13 Kranken hatten 6 gar nicht geboren. Eine hatte nur einmal abortirt. Die welche geboren haben, haben zusammen 20 ausgetragene Kinder gehabt, also die Frau 2,8, eine Anzahl, welche das Mittel gewiss nicht überschreitet.

Wenn auch die statistischen Beweise weit mehr dafür sprechen würden, so könnte mich das doch nicht bestimmen, der wiederholten Geburt irgend einen Einfluss auf die Entstehung dieser Krankheit zuzuschreiben. Abgesehen von den normal verlaufenden Geburten, sind auch die schweren Fälle, bei denen die Scheide bedeutende Insulte erleidet, so zahlreich, dass sich nicht einsehen lässt, warum dieser alltägliche Prozess gerade bei diesen einzelnen wenigen eine solche Erkrankung hervorrufen sollte. Hingegen stehen die häufigen Insulte des Cervix und der Portio vaginalis eher im Verhältniss zu dem häufigen Befunde von Cervix carcinom.

Ebensowenig lässt sich hier die Theorie, dass Krebs mit Vorliebe da entsteht, wo lang andauernder ausserordentlicher Reiz stattfindet, vertheidigen. Die häufigen andauernden Verletzungen und Reizungen welche die Scheide treffen, z. B. bei Prostituirten oder durch Pessarien, die oft Jahre lang liegen bleiben ohne einmal gereinigt zu werden, stehen im grellen Widerspruch zu dem seltenen Vorkommen des selbstständigen Vaginalkrebses.

Allerdings erwähnt Hegar einen Fall, wo durch Druck eines Hodge'schen Pessar's eine Krebswucherung entstanden war, und Küstner berichtet, dass er in nicht anderthalb Jahren fünfmal gesehen habe, dass das 8förmige Schultz'sche Pessar, wo der breite untere Ring den Schambogen drückt, einseitig oder doppelseitig eine tiefe Usur resp. Druckatrophie entstanden, an deren Rändern aber die Schleimhaut um so mächtiger gewuchert war, sodass der Ring förmlich in die Schleimhaut eingewachsen zu sein schien. Bei einer Patientin bestanden noch 2 Jahre, nachdem das Instrument herausgenommen worden war, kleine hahnenkammförmige, etwa ½ Ctm. hohe weiche Excrescenzen, und Küstner zweifelt

nicht daran, dass solch' gutartige Wucherungen auf dem geeigneten Boden recht schnell einen malignen Charakter annehmen könnten.

Ferner wurde noch nie bei Prolapsus Uteri ein Scheiden-Carcinom und nur einige Male Krebs der Portio vaginalis beobachtet. Küstner führt zur Erklärung dieser Thatsache folgendes an: „Es scheint als ob bei der ectropirten Scheide trotz des fortwährend wirkenden pathologischen Reizes, wegen des jedenfalls regeren Epithelverbrauchs — Verhornung, Vertrocknung, Abschilferung — die Bilanz zwischen verbrauchten und neugebildeten eher gehalten werden könnte, als bei der in der Lage befindlichen, und ist dies eine Parallele zu der alten Beobachtung, dass an der Glans penis vorzugsweise dann Carcinom auftritt, wenn die Epidermis glandis durch eine schützende Phymose weich und empfindlich (besonders für verhaltenes Präputialsecret) erhalten wird, wogegen die frei getragene abgehärtete Eichel relativ immun gegen maligne Neubildungen ist.

Erblichkeit ist nur in einem Falle nachgewiesen.

Als das vorherrschende und zuerst auftretende Symptom hält West die Schmerzen, während blosse Haemorrhagien nach seiner Ansicht erst später auftreten.

Seine Zusammenstellungen darüber ergaben Folgendes:

Das erste Symptom war

	Schmerz	in 3	Fällen
Blutungen ohne	„	„ 3	„
Blutungen mit	„	„ 4	„
Schmerz in Ausfluss	„	1	„
Ausfluss ohne Schmerz	„	2	„

Küstner gelangt zu der gegentheiligen Ansicht, indem er in 12 Fällen die Symptome vergleicht. Demnach bestanden die Symptome

	in blossen Schmerz	1	mal
in Blutungen ohne	„	4	„
in Blutungen mit	„	4	„
in Ausfluss ohne	„	2	„
in Ausfluss mit	„	1	„

Rechne ich dazu noch die 4 Fälle Bruckners und den von mir angeführten Fall, so ergibt sich daraus folgende Zusammenstellung. Es bestanden demzufolge die ersten Symptome

in blossen Schmerz	4	mal
in Blutungen ohne „	8	„
in Blutungen mit „	12	„
in Schmerz und Ausfluss	2	„
in Ausfluss ohne Schmerz	4	„

Nach vorliegenden Zusammenstellungen wüsste ich immerhin nicht, welchen von beiden Ansichten ich mich besonders zuneigen sollte.

Küstner sucht seine Behauptung allerdings sehr treffend zu erklären, indem er darauf aufmerksam macht, dass Carcinom überhaupt selten spontan oder auf Insulte empfindlich sind und dass es schon eines grossen Tumors bedarf, um in der Vagina durch mechanische Einwirkung schmerzerregend zu wirken; werden doch oft die grössten Pessarien oft Jahre lang ohne Beschwerden ertragen. Hingegen neigen die Carcinomknötchen schon in ihrem Beginne zu Erosionen und Zerfall, so dass bei den häufigen Insulten, denen die Vagina ausgesetzt ist, (2 Fälle von Blutungen nach Coitus) Blutungen relativ frühzeitig auftreten können.

Meiner Ansicht nach sind die Angaben von Seite der Frauen über die ersten Symptome gerade in Bezug auf Schmerz und Blutungen aus den Genitalien sehr unzuverlässig. Gerade bei Erkrankungen der Genitalien finden heftig auftretende Schmerzen viel eher Beobachtung, während sehr oft die profusesten Blutungen, auch wenn sie ganz unregelmässig auftreten, für normal gehalten werden, oder doch die Frauen nicht veranlassen, ärztliche Hilfe zu suchen, da man ja den Verlauf der Menses in keinerlei Weise stören dürfe.

Ich neige mich daher ebenfalls aus den anatomischen Gründen, die Küstner dafür anführt trotz der wenig Ausschlag gebenden statistischen Beweise zu der Ansicht, dass Blutungen zu den vorherrschenden und zuerst auftretenden Symptomen gehören.

In einem Falle von Bruckner wurde die Diagnose erst bei der Geburt gemacht:

„Während der dritten Schwangerschaft stellte sich zuerst ein blutig gemischter übelriechender Ausfluss aus der Scheide ein. Es kommt bei der Cohabitation wiederholt zu reichlichen Blutungen, ohne dass dadurch Patientin veranlasst worden wäre, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Am normalen Schwangerschaftsende stellten sich Abends die ersten Wehen ein unter mässigem Blutabgang. Die Wehen waren wenig ausgiebig, aber auch nicht abnorm schmerzhaft, und nur des Blutabganges wegen wurde in der Frühe ein Arzt hinzugerufen. Derselbe fand eine grosse schwammige Masse in dem oberen Drittel der Scheide, über welche hinweg er den vorliegenden Kindstheil nicht erreichen konnte. In der Meinung, die Placenta sei vorgefallen, bat er um Beistand. Der herzugerufene zweite Arzt fand die ziemlich anämische Patientin im Zustande der Kachexie.

Sie hatte nur ganz vereinzelte Wehen. In der weiten Scheide erreichte der Finger etwa 5 ctm oberhalb des Introitus die untere Grenze einer in das Lumen der Scheide weit vorspringenden Masse, welche fast ringsherum die Scheide bedeckte und nur an der vorderen Wand einen etwa 2 Querfinger breiten Raum liess. Der untere Rand dieser Masse war scharf umschrieben. Nach oben zu gelang es nur mit Mühe und in der Narkose den an der vorderen Wand entlang eingeführten Finger über diese Masse hinwegzuschieben und nun eine der unteren Begrenzung ganz analoge dicht unterhalb des Scheidengewölbes festzustellen. Die Grenze war deutlich getrennt vom Muttermunde, der nahezu vollständig erweitert, mit dem vorliegenden Kindestheile angefüllt war. Die oben beschriebene Masse war von schwammigweicher Consistenz und einer leicht eindrückbaren ziemlich glatten Oberfläche. Die Unterlage dieser Masse war vom Rectum aus deutlich als eine glatte Fläche zu fühlen und erschien vom Lumen des Rectums aus deutlich abgrenzbar, ebenso auch von der dem Lumen desselben unmittelbar anliegenden Gewebsschicht. Die Masse füllte dabei das

kleine Becken derartig aus, dass nur mit Mühe über derselben das Promontorium erreicht werden konnte und die durch äussere Untersuchung festgestellte Verengerung der Conjugata nachzuweisen war.

In der Narkose gelang es mit einiger Anstrengung die ganze Hand an der leicht eindrückbaren Geschwulst vorbeizuführen. Es wurde dann mit der Zange das Kind extrahirt, ein lebendes Mädchen; darauf sofort die Placenta herausgedrückt, und als der Uterus sich gut zusammenzog und eine Blutung aus demselben nicht mehr stattfand, die Geschwulst selbst aus ihrer Basis ausgelöst. Die Reconvalescenz gestaltete sich überaus günstig. Der Uterus bildete sich gut zurück. Patientin nährte ihr Kind. Der Defect der Scheide heilte zunächst unter Bildung einer flachen Narbe. Nach mehr als einem halben Jahr Tod an allgemeiner Carcinose.

Ferner erzählt Breisky*) einen von Dr. Bailly beobachteten Fall, wobei in der Austreibungszeit die hintere Scheidenwand sammt der Geschwulst durch den vordringenden Kindskopf vor die Vulva getrieben wurde, und sich nach dem Austritt des Kopfes wieder zurückzog. Weder Zerreissung noch Blutung war erfolgt, obgleich das Kind ausgetragen war. Das Wochenbett verlief normal.

Was die Therapie anlangt, so kommt besonders bei frischen Fällen natürlich nur die Exstirpation mit Scheere, scharfer Löffel oder Thermocautère in Betracht. Doch scheint nach einmaliger Operation das Wachsthum ein bedeutend rascheres zu sein, so dass in seltenen Fällen ein besonderer Gewinn aus der Operation entspringt.

Wo eine Exstirpation nicht mehr möglich, kann man immerhin noch oft erspriessliches leisten durch symptomatische Behandlung, durch Desinfection und Verminderung des jauchigen Ausflusses und Stillung zu profuser Blutungen.

Mit sonstigen Neubildungen könnte das Carcinom wohl nicht verwechselt werden, höchstens mit dem noch seltneren

*) Handbuch der Chirurgie von Pitha und Billroth.

Sarkom. Während an anderen Organen diese beiden Formen von Neubildungen oft schwer zu unterscheiden sind, bietet hier das Sarkom ein vom Carcinom so verschiedenes Bild dar, dass nicht leicht eine Verwechslung stattfinden kann.

Nach den Zusammenstellungen von Hauser*) wurden überhaupt erst 9 Fälle beobachtet. Einige derselben bieten besonders in Rücksicht auf Therapie und Recidive einen interessanten Vergleich mit dem Carcinom.

I.) Mädchen von 3½ Jahren. Vor der Schamspalte 2 polypenähnliche kleine Geschwülstchen, welche der hinteren Fläche des Hymens entsprangen.

Zahlreiche ähnliche bis erbsengrosse Geschwülstchen sassen an der hintern Wand. An der vorderen Scheidenwand aber entsprang ziemlich breitbasig ein grosser gelappter an der Oberfläche mit papillären Wucherungen versehener Tumor, welcher durch sein Wachsthum die Scheide besonders im Längendurchmesser ausgedehnt hatte. 3 Monate nach der Operation Recidive und nach weiteren 2 Monaten Tod an Perforativperitonitis.

II.) Kind 3½ Jahre alt. Beginn vor dem 3. Lebensjahre. Vor dem Scheideneingang lag eine grosse derbe, stark zerklüftete jauchige Geschwulst, welche von der vorderen Scheidenwand ausging, und die Gegend der Clitoris und der vorderen Comissur völlig eingenommen hatte. Die ganze Scheide war ausgefüllt mit polypösen Wucherungen, wodurch dieselbe sowohl im Queren- als im Längs-Durchmesser enorm ausgedehnt wurde.

Ausserdem waren die breiten Mutterbänder diffus sarkomatös entartet, ebenso die hintere Blasenwand und von letzterer ragte ein ungefähr wallnussgrosser Tumor in das Lumen der Blase hinein.

III.) Die Geschwulst wurde zuerst bemerkt, als das Kind ½ Jahr alt war. Nach 4 Monaten Entfernung einer wallnussgrossen Geschwulst. Schon nach 5 Monaten hatte der Tumor seine frühere Grösse wieder angenommen.

---

*) Virchow's Archiv B. 88 S. 165.

Abermalige Operation aber schon nach 4 Wochen Recidive.

Bei der 3ten Operation wurde ein ziemlich grosser Tumor abgetragen, welcher mit breitem Stile von der hinteren Scheidenwand entsprang.

Schon am 6ten Tage nach der Operation wiederbeginnende Recidive.

Nach 3 Monaten Operation. Stark, wallnussgrosser oberflächlich ulcerirender und jauchiger missfarbiger Tumor vor der Scheide.

Nachdem dieser Tumor entfernt war, — es gelang diess ausserordentlich leicht ohne jegliche Blutung, — bemerkte man, dass die ganze enorm ausgedehnte Scheide gänzlich vollgepfropft war mit sehr weichen röthlichen, wie glasig aussehenden Geschwulstmassen von papillärer Form.

Dieselben waren sehr leicht ohne erhebliche Blutung einfach mit dem Finger loszuschälen und zu entfernen. Sehr interessant war die durch die Geschwulstmassen verursachte colossale Ausdehnung der Scheide in die Länge. Man konnte mit dem ganzen Finger eingehen, ohne auf eine Vaginalportion zu stossen und mit einer Sonde gelangte man nahezu bis in die Nabelhöhe.

Wiederholte Recidive.

Nach dem Lebensalter ordnen sich die Fälle folgenderweise:

1) ½ Jahr
2) 1½ „
3) 3 „
4) 3¼ „
5) 15 „
6) 17 „
7) 2 Mehrgebährende
8) 2 „
9) 58 „

Es ergibt sich demnach die merkwürdige Thatsache, dass bei diesen 9 beobachteten Fällen in mehr als der Hälfte derselben, nämlich in 5, die Entwicklung der Geschwulst

vor Eintritt der Menstruation stattfand; ja bei 4 Fällen in den allerersten Lebensjahren.

Die 5 erstgenannten Fälle waren demnach theils wegen ihres frühzeitigen Auftretens, theils wegen ihres Charakters als congenital zu betrachten und wahrscheinlich auf einer Wucherung embrionaler Zellen zurückzuführen.

Während bei Sarkom an anderen Organen besonders in Bezug auf Recidiven im Allgemeinen die Prognose viel günstiger gestellt werden kann, als bei Carcinom, finden wir nach dem obigen Vergleiche die Sarkome an der Scheide ebenso bösartig wie die Krebswucherungen.

Und wenn auch im Allgemeinen die Sarkome in einem viel früheren Lebensalter auftreten als die Carcinome, so ist diess doch bei dem Auftreten dieser Neubildung an der Scheide in ganz auffallender Weise ersichtlich, und es liegt allerdings sehr nahe eine congenitale Disposition als Hauptursache anzunehmen.

Ueberblicken wir aber noch einmal die Anhaltspunkte über die Aetiologie des Scheidenkrebses, so möchte man auf dem Wege der Exclusion fast zu demselben Resultate gelangen. Denen alle die Vagina treffenden Schädlichkeiten und von aussen hinzutretenden Einflüsse sind fast allen Frauen so gemeinsam, dass sich nicht denken lässt, warum gerade bei diesen wenigen der Anstoss zur Entstehung fraglicher Neubildung dadurch gegeben sein sollte; und es ist schliesslich doch die für die meisten Fälle anwendbare Ansicht, eine congenitale Anlage anzunehmen, die dann vielleicht begünstigt von dem regressiven Prozess im höheren Alter den Krebs zur Entwicklung gelangen lässt.

Aus all den bisherigen Betrachtungen lassen sich noch in keiner Hinsicht sichere Schlüsse und Regeln aufstellen, höchstens in Bezug auf Therapie, eine Regel, welche hier wie bei allen Carcinomen lautet, möglichst frühzeitige und gründliche Exstirpation.